

消化器内視鏡検査問診票

記載日 年 月 日

質問事項	回答欄		
内視鏡検査を受けた事がありますか？	はい(胃・大腸)	いいえ	
麻酔でアレルギーを指摘された事がありますか？	はい	いいえ	
食物・薬でアレルギーを指摘された事がありますか？	はい()	いいえ	
持病(既往歴)はありますか？ 「はい」の方は右記に○を記入して下さい	はい	いいえ	
	①高血圧 ②心臓病 ③不整脈 ④脳梗塞 ⑤脳出血 ⑥肝臓病 ⑦喘息 ⑧肺の病気 ⑨前立腺肥大 ⑩緑内障 ⑪糖尿病 ⑫その他()		
手術歴はありますか？ 「はい」の方は右記に○を記入して下さい	はい	いいえ	
	胃 大腸 婦人科 その他 ()		
抗血栓剤(血をサラサラにする薬)を飲んでいますか？ 「はい」の方は薬剤名を記入して下さい	はい ／ から中止している	いいえ	
	(薬剤名)		
飲酒歴 右記に○を記入して下さい	ある	以前飲んでいた	無し
義歯(入れ歯)ありますか？	はい (はずし済)	いいえ	
本日の来院手段を教えてください	徒歩 自転車 バイク 自動車 送迎 バス 電車 その他()		

最終確認者【